

Des Appendicites Pseudo Néoplasiques

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1936

par

GARNIER Georges Alfred

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille d'Argent des Épidémies
Né le 10 Octobre 1908 à TIZI-OUZOU

MEMBRES DU JURY :

M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale	Président
M. AUBRY, Professeur de Clinique Médicale	} Juges
M. CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique	
M. FERRARI, Agrégé (Chirurgie)	

ALGER
IMPRIMERIE DU LYCEE
1, Rue Eugène-Robe, 1
1936

Des Appendicites Pseudo Néoplasiques

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1936

par

GARNIER Georges Alfred

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille d'Argent des Épidémies
Né le 10 Octobre 1908 à TIZI-OUZOU

MEMBRES DU JURY :

M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale	Président
M. AUBRY, Professeur de Clinique Médicale	} Juges
M. CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique	
M. FERRARI, Agrégé (Chirurgie)	

ALGER
IMPRIMERIE DU LYCEE
1, Rue Eugène-Robe, 1
1936

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN MM. LEBLANC (*, 🏆, I. 🏆).
 DOYEN HONORAIRE HERAIL (*, I. 🏆).
 ASSESSEUR PINOY (*, I. 🏆).

PROFESSEURS

Clinique médicale	AUBRY (O. *, 🏆, I. 🏆)
Clinique gynécologique	CABANES (*, 🏆, I. 🏆)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (*, 🏆, I. 🏆)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. 🏆, O. 🏆)
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. 🏆)
Médecine légale	GIRAUD (O. *, 🏆, I. 🏆)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (*, 🏆, I. 🏆)
Anatomie	LEBLANC (*, 🏆, I. 🏆)
Thérapeutique	LEBON (🏆, 🏆, I. 🏆)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (*, 🏆, A. 🏆)
Chimie biologique et médicale	N...
Pharmacie	MUSO (I. 🏆)
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (*, I. 🏆)
Clinique psychiatrique	POROT (I. 🏆)
Physique médicale	PORTES (*, 🏆, I. 🏆)
Anatomie pathologique	POUJOL (*, I. 🏆)
Clinique des maladies des pays chauds, des mala-	
dies syphilitiques et cutan es	RAYNAUD (*, 🏆, I. 🏆)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (🏆, I. 🏆)
Physiologie	TOURNADE (O. *, 🏆, I. 🏆)
Histologie et Embryologie	N...
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie ..	WUNSCHENDORFF (I. 🏆)
Clinique ophtalmologique	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie	WEBER (*, 🏆, I. 🏆)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (🏆, A. 🏆), Agrégé Histologie.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (*, 🏆, I. 🏆). M. HERAIL (*, I. 🏆).

CHARGES DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie M. H. ABOULKER (*, 🏆, A. 🏆)

AGREGES

Médecine	MM. BENHAMOU (*, 🏆, A. 🏆)
Histologie	COURRIER (🏆, A. 🏆)
Chirurgie	DUBOUCHER (I. 🏆)
Accouchements	FERRARI (I. 🏆)
Médecine	HOUEL (*, 🏆, I. 🏆)
Chirurgie	LACROIX (A. 🏆)
Anatomie pathologique	MOGGI (*, A. 🏆)
Anatomie	MONTPELLIER (I. 🏆)
Chimie médicale	RIBET (🏆 A. 🏆)
Histoire naturelle pharmaceutique	N...
Physiologie	N...
	N...

AGREGE LIBRE

Physiologie M. BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK
LEIDEN

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai des soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A LA MEMOIRE DES MIENS

A MES PARENTS

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DE L'HOPITAL

A MES AMIS

Je dédie cette thèse

Le diagnostic entre les Appendicites et les Néoplasmes du cœcum est souvent très difficile et j'ai commis plusieurs erreurs à cet égard.

TUFFIER.

INTRODUCTION

On peut écrire sans exagération que de toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, l'appendicite offre le plus de lésions évolutives, et si ses formes sont maintenant bien connues, il nous a paru intéressant à la lumière de quatre observations nouvelles d'attirer l'attention sur sa forme tumorale.

C'est lentement, à bas bruit, sans phénomènes généraux bien marqués que l'inflammation édifie autour de l'organe toute une réaction tumorale, dure, irrégulière, très peu douloureuse qui, d'emblée, éveille l'idée de cancer.

LEGUEU et BAUSSENAT ont créé le terme d' « APPENDICITE NEOPLASIQUE », peut-être vaudrait-il mieux, pour ne laisser aucun doute sur leur nature maligne, les étudier sous le nom d' « APPENDICITE PSEUDO NEOPLASIQUE ».

On a toujours décrit l'Appendicite tumorale sous trois formes anatomo-pathologiques.

a) La forme tumorale pure, scléreuse ou scléro-lipomateuse.

b) La forme ligneuse ou « Phlegmon ligneux iliaque de Mériel ».

c) La forme abcès, soit que le pus se trouve maintenu dans une masse intestinale adhérentielle, soit qu'il se trouve nettement collecté en position rétro-cœcale : cette forme a largement été décrite dans tous les travaux parus sur la question. On cite des collections purulentes sous-péritonales, ou des poches remplissant toute le petit bassin, le pus englobé au milieu d'adhérences. Certes les parois de la poche sont constituées par des néo-membranes, organisées, scléreuses, mais en réalité il s'agit d'abcès, de phlegmons appendiculaires qui laissent toujours à la palpation une zone de fluctuation. Ces masses inflammatoires attirent d'emblée l'attention sur la possibilité d'une appendicite. Cette forme ne doit donc pas rentrer dans le cadre des appendicites tumorales, elle est trop fréquente, trop connue maintenant et ne prête pas comme les deux premières aux difficultés de diagnostic qui font tout l'intérêt de la question. Ces abcès ne sont pas des tumeurs.

HISTORIQUE

La première observation d'Appendicite tumorale que nous avons trouvé dans la littérature semble être celle publiée en 1898 dans la Revue de Gynécologie de Pozzi, par VAUTRIN:

Il s'agissait d'une femme de 55 ans, présentant dans la fosse iliaque droite, une tumeur à évolution progressive. On avait porté le diagnostic de cancer du gros intestin. A l'intervention voici ce que trouva VAUTRIN.

« ...Je trouvais une masse inflammatoire résistante renfermant dans son centre un pus épais granuleux avec des débris de tissu sphacélé ; accolé au cœcum, je trouvais l'appendice dur, scléreux, très gros... ».

Peu après, LEGUEU et BAUSSENAT rapportent sous le nom d'Appendicite néoplasique des cas analogues de cette manifestation intéressante de l'appendicite, survenant en général chez des vieillards, manifestations aux symptômes trompeurs.

« Les exemples, disent-ils, d'appendicite néoplasique deviendront plus nombreux quand on apprendra que l'appendicite n'est pas toujours identique à elle-même et n'est pas très rare dans la vieillesse. »

Puis vinrent successivement les thèses de FABRE sur « Appendicite à forme néoplasique ».

MELIKIAN sur « Contribution à l'étude de l'Appendicite à forme néoplasique ».

RICHARD sur « Un cas d'appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflammatoire latéro-cœcale d'apparence néoplasique ».

Enfin, MERIEL et son élève ARMENGAU, à Toulouse, TIXIER et ses élèves à Lyon, devaient en préciser les symptômes et faire de cette forme particulière le privilège de l'organisme vieilli.

PRUVOT, dans sa thèse « Contribution à l'étude de l'Appendicite tumeur », fait une revue d'ensemble de la question et situe à côté des formes tumorales pures, les formes aiguës avec abcès collectés plus ou moins volumineux.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans la littérature récente, c'est de trouver des observations, peu rares du reste, de chirurgiens pourtant avertis (CUNEO, LERICHE), où des Appendicites tumorales prises pour des néoplasmes vrais du cœco-colon ont entraîné des résections coliques.

Voici deux de ces observations :

OBSERVATION (Professeur LERICHE, Lyon Chirurgical)

B., Guillaume, 26 ans, toujours bien portant jusqu'au 15 novembre 1930, où il est pris soudain des douleurs diffuses dans l'abdomen, suivies de vomissements biliaires, puis de constipation et, finalement, de diarrhée avec une température oscillant entre 38° et 39°. Cet état dura une quinzaine de jours, puis tout reentra dans l'ordre. Depuis ce moment, le malade a fait régulièrement des crises identiques tous les quinze jours à peu près : douleurs abdominales, vomissements, alternatives de

constipation et de diarrhée, sans température pendant plusieurs jours. A plusieurs reprises, il aurait remarqué du sang rouge dans ses selles, non en surface, mais mélangé. Amaigrissement de 5 à 6 kilogs.

C'est pour cela qu'il entre à la clinique le 16 avril 1931. L'examen général est négatif. On ne trouve qu'une tuméfaction indolore de la fosse iliaque droite, à type de tumeur, indépendante de la paroi, mais peu mobile, et c'est tout. Toucher négatif. Urines normales.

L'examen radiographique fait par le docteur SCHAAFF, à la clinique médicale, montre que, au bout de 8 heures, la bouillie remplit le début du gros intestin et que le cœcum présente une image lacunaire à contours festonnés.

Le manque de remplissage cœcal à ce niveau est surtout visible sur la sixième radiographie prise 6 heures après un nouveau repas baryté, 56 heures après la première ingestion.

Et M. SCHAAFF conclut : lésion pariétale du cœcum, sans qu'on puisse radiologiquement en définir la pathogénie : tuberculose, périviscérite, ou même néoplasme.

Au point de vue thoracique, les poumons sont clairs, sans signes de tuberculose. Le diaphragme est mobile. Le cœur normal, ainsi que l'aorte.

Pendant toute la durée des examens, soit pendant douze jours, le malade est resté absolument apyrétique.

Le 29 avril, sous-anesthésie rachidienne laparotomie sur le diagnostic de tuberculose du cœcum. Incision dans la gaine du droit. Je vois une grosse masse cœcale peu mobile, que je considère comme une tumeur. Il n'y a ni ascite, ni granulation péritonéale. Section de l'iléon à quelque distance de la masse ; enfouissement du bout iléal et implantation termino-latérale, iléo-transverse. Fermeture de la paroi en deux plans. Peau tamponnée avec fils d'attente.

Suites opératoires sans incident. Fils d'attente serrés au quatrième jour. Fonctionnement intestinal satisfaisant. Cependant le malade ne se remonte pas comme d'habitude après une anastomose.

Le 3 juin, second temps, Incision courbe externe : dissocia-

tion du grand oblique. Section du petit oblique et du transverse. Le péritoine ouvert, je me rends compte qu'il s'agit d'une énorme masse cœcale postérieure du volume des deux poings complètement fixée à un gros bloc ganglionnaire qui se prolonge assez loin dans le mésentère. L'ablation paraît discutable à cause de cette énorme adénopathie.

Cependant j'essaie. Tout d'abord, je vais repérer la terminaison du grêle, c'est-à-dire le bout iléal sectionné lors de la première intervention. Une anse grêle est accolé sur lui. Il faut la détacher, et je vois alors que ma section a été faite à environ 60 centimètres de l'angle cœcal, bien plus loin que je ne le pensais. Puis j'essaie d'amorcer un décollement cœcopariétal sur le bord externe. Mais je n'y parviens pas : le péritoine pariétal très épaissi, ayant près d'un centimètre d'épaisseur cartonneuse, est fusionné étroitement avec le cœcum et je ne puis que détacher le péritoine pariétal du plan musculaire sans parvenir à aller bien loin, tant la masse cœcale est fixée. Je décide alors de la prendre en sens inverse, de dedans en dehors. A partir du grêle, je détache le mésentère avec hémostase préalable de proche en proche, et continue le long méso-colon ascendant jusqu'à l'angle droit. Je puis alors glisser la main sous le bloc ganglionnaire et soulever la totalité de la masse que je finis par pédiculiser au niveau de l'angle colique, de bas en haut. Je la bascule alors sur le thorax et après vérification de l'hémostase, je fixe par une série de points séparés le péritoine pariétal de la lèvre interne de mon incision au péritoine postérieur. J'ai exclu ainsi tout le champ de décollement cœco-colique qui est complètement dépéritonisé. Le transverse est alors sectionné sur l'écraseur au niveau de l'angle colique et le bout interne est fermé en trois plans. Le moignon est fixé à la brèche péritonéale. Une mèche est mise dans l'espace extra-péritonéal et la plaie partiellement fermée.

La pièce comprend 60 c. de grêle, le cœcum et tout le colon ascendant. On l'ouvre sur le bord libre de l'intestin, et on s'aperçoit alors que la muqueuse est intacte, normale, sans ulcération. La dissection montre que le cœcum est accolé par sa demi-circonférence interne à une grosse masse ganglionnaire, non suppurée, et qu'il y a à la face postérieure, pratiquement

inclus dans la paroi par un revêtement d'adhérence, un énorme appendice du volume du pouce, plein de pus sous tension.

L'examen bactériologique montre qu'il renferme des colibacilles et des enterocoques. Il n'y a pas de bacilles de Koch.

L'examen histologique dit : appendicite banale non tuberculeuse.

Suites opératoires très simples. Fonctionnement intestinal spontané le troisième jour. Amélioration rapide de l'état général.

Au bout de six jours, la mèche extrapéritonéale est enlevée. Aucune infection. Très rapidement on peut rapprocher les lèvres de la plaie avec du leucoplaste.

Le malade quitte la clinique le 11 juillet, complètement cicatrisé, en excellent état.

OBSERVATION (Professeur CUNEO. In thèse J. GOSSET)

Madame Col., 56 ans

Le début des troubles intestinaux est imprécis, car depuis des années, la malade accuse des alternatives de diarrhée et de constipation. Mais jusqu'en septembre 1931, il n'existe aucun trouble, ni anorexie, ni amaigrissement.

A cette époque, la malade est subitement prise, une nuit, de douleurs vives, de vomissements qui se répètent le lendemain. La température atteint 39°3. Il y a une constipation nette.

Ayant porté le diagnostic d'appendicite, son médecin lui fait mettre de la glace sur le ventre, la met à une diète rigoureuse et la crise s'améliore en trois semaines.

Par suite, surviennent fréquemment, après les repas, des crises de douleurs diffuses à type de coliques, s'accompagnant de ballonnement, de constipation, cédant subitement en même temps que surviennent des gargouillements, terminées enfin par une débâcle diarrhéique.

Dans l'intervalle, la constipation persiste, il n'y a jamais eu

de melæna apparent. Vers le 10 janvier 1932, nouvelle crise douloureuse rappelant celle de septembre. La température ne dépasse pas 37°. Il y a quelques vomissements, tout se calme au bout de quatre jours.

Examen. — Il s'agit d'une malade à peine amaigrie, semblant en bon état. L'abdomen est souple, non ballonné. On ne note pas d'ondulations péristaltiques. Il n'existe pas clapotage, pas de zone tympanique.

Le signe de Rovsing est net. On trouve dans la fosse iliaque droite une masse allongée verticalement, plus nette à son pôle inférieur et interne, collée à l'épine iliaque, immobile à la fois dans le sens vertical et le sens transversal. L'examen du reste de l'abdomen est négatif.

La réaction de Weber a été pratiquée dans les selles. Elle est restée négative.

Radioscopie. — Les limites de cœcum sont imprécises et le repas baryté le remplit mal. Il correspond exactement à la tumeur palpée. Le lavement dessine un transverse en situation normale, atteint l'angle droit et, après avoir cheminé pendant trois ou quatre centimètres dans l'ascendant, il injecte à peine le cœcum. eC n'est que sur la radiographie qu'on aperçoit à son intérieur quelques traînées irrégulières de baryte. Il s'agit indiscutablement d'un défaut de remplissage du cœcum par tumeur intrinsèque, et l'image du grêle bien rempli par le repas baryté, complète cet aspect d'image de Stierlin.

Le diagnostic porté est celui du cancer.

Opération le 19 février 1932. — HEMICOLECTOMIE DROITE EN UN TEMPS, par M. le Professeur CUNEO, aide, M. Jean GOSSET.

Anesthésie : éther.

Laparotomie latérale droite. On trouve une tumeur très fixée siégeant sur la partie inférieure du colon ascendant. Quelques adhérences l'unissent à la paroi et au grêle. L'une, particulièrement serrée, soude le colon aux annexes droites. Le mésocolon contient de nombreux ganglions hypertrophiés. On libère les adhérences annexielles et pariétales et on pratique une

hémicolectomie typique. Fermeture du colon transverse par enroulement. Implantation termino-latérale du grêle dans le colon. Fermeture de la paroi au catgut.

Les suites ont été d'une simplicité parfaite et la guérison très rapide.

Examen anatomo-pathologique de la pièce.

Examen macroscopique. — Il semble bien, à première vue, s'agir d'un néoplasme. La tumeur colique surtout, développée sur la paroi antéro-interne, est d'une extrême dureté. Une adhérence serrée soude contre le fond du cœcum un anse grêle à environ 15 centimètres de la valvule. Elle provoquait sans doute les signes occlusifs intermittents accusés par la malade.

Au pôle inférieur de la tumeur des adhérences soudent l'appendice. Le cœcum et la dernière anse iléale qui remonte en dedans et en arrière pour gagner la valvule de Bauhin en passant à travers la masse tumorale.

Ce n'est qu'à l'ouverture de la pièce qu'on rectifie l'erreur du diagnostic. La tumeur est, en effet, uniquement fermée par une énorme infiltration scléro-lipomateuse de la paroi colique, de plus de trois centimètres d'épaisseur.

La muqueuse est partout intacte. La valvule de Bauhin est œdématiée et rouge, mais surtout il existe un piqueté hémorragique très foncé à l'implantation de l'appendice.

Une dissection laborieuse de ce dernier, au milieu des adhérences, le montre court, gros, rouge, très épais, présentant lui aussi une infiltration scléro-lipomateuse.

Il est à noter que les adhérences siégeaient surtout à la base du cœcum et non autour de la tumeur colique.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic en montrant une scléro-lipomatose typique des parois intestinales et l'inflammation chronique de l'Appendice.

ETUDE CLINIQUE

C'est lentement, à bas bruit, sans phénomènes généraux particulièrement marqués, que l'affection débute et évolue et nous dirons avec MERIEL : « Ici tout est insidieux, torpide et sans éclat. »

Les débuts sont, en général, très vagues, petits troubles digestifs, inappétence pouvant aller jusqu'à l'anorexie élective, parfois même jusque l'anorexie.

Dans la majorité des cas, le début se fait par une crise aiguë ou sub-aiguë : douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, température et quelquefois vomissements.

D'autrefois, on retrouvera cette notion de crise très éloignée dans les antécédents du malade, ce qui accusera la longueur de l'évolution. Mais souvent les malades auront perdu jusqu'au souvenir de cette crise de début ; il y a donc grand intérêt à fouiller très attentivement dans leur passé pathologique afin d'y retrouver soit un épisode aigu mais fugace ayant cédé sous l'influence d'un traitement médical banal, soit des douleurs abdominales vagues, peu localisées, sans aucune acuité, se répétant à intervalles plus ou moins éloignés et ne les ayant jamais inquiétés.

La période d'état est marquée par deux ordres de faits :

1° Les troubles fonctionnels.

2° La présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Les troubles sont surtout d'ordre gastro-intestinal. Il peut exister soit une diarrhée persistante, tenace, abondante, soit de la constipation.

Mais ce qui se présente le plus souvent, ce sont des alternances de diarrhée de constipation pouvant aisément en imposer pour une affection de nature néoplasique. Parfois la constipation est si opiniâtre que le tableau clinique devient celui de crises d'obstruction intestinale et même de sub-occlusion. Il est un fait important à noter, on ne trouvera jamais de selle melœniques et le laboratoire ne accélèrera jamais d'hémorragie microscopique dans les matières. Les vomissements peuvent apparaître dès la période de début et exister pendant la période d'état, au moment des crises et en dehors, vomissements alimentaires ou bilieux. Mais ils peuvent manquer avec une fréquence particulière et être le plus souvent absents du cortège symptomatique.

En même temps existent des troubles gastro-intestinaux divers et confus : coliques vagues, digestions pénibles, indigestions fréquentes, embarras gastriques avec langue saburrale.

La tumeur occupe la fosse iliaque droite. Elle est de dimensions éminemment variables, pouvant aller de la grosseur d'une noix à celle d'une tête de fœtus. Elle paraît bosselée, irrégulière, d'une dureté ligneuse et immobilisée dans la fosse iliaque. On ne peut très souvent en sentir les contours d'une façon précise malgré une paroi qui peut être souple.

Le caractère d'immobilité est essentiel à retenir, car il trahit et explique une forte adhérence de toute la masse au péritoine pariétal.

Cette tumeur pouvant être très petite, est parfois très difficile à discerner, non seulement à cause de sa taille, mais aussi à cause de réactions défensives des muscles de l'abdomen, d'un certain degré de météorisme, d'une surcharge graisseuse du tissu cellulaire sous-cutané, et de l'existence éventuelle d'œdème pariétal.

Mais il est un fait intéressant à noter, ce sont les variations qui peuvent survenir dans le volume de cette tumeur. Comme plusieurs auteurs l'ont fait remarquer, et cela se trouve confirmé dans deux de nos observations, le volume de la tumeur peut, au cours de l'évolution, subir des variations importantes dans le sens d'une involution sous l'effet d'un traitement physique ou médical.

Et alors que toute tumeur néoplasique ne peut évoluer qu'en augmentant progressivement, la tumeur, suivant le traitement qu'on lui fait subir, est une tumeur accordéon.

Nous avons dit que la tumeur existait le plus souvent dans la fosse iliaque droite. Mais comme dans toutes les formes topographiques de l'appendicite, elle pourra être en position haute comme dans notre observation I, basse comme dans notre observation II, sans préjudice d'une position plus rare : en situation para-ombilicale droite. Ces formes topographiques seront particulièrement intéressantes dans la discussion du diagnostic différentiel qu'elles viendront compliquer. Dans tous les travaux, les auteurs ont insisté, avec

juste raison, sur la présence d'un mouvement fébrile et sur son caractère modéré. MERIEL voit là un signe « qui déjà ne permet plus de s'égarer » ; et qu'elle soit ou modérée ou accusée, elle n'en existe pas moins d'une façon constante et tous sont d'accord sur ce fait qu'il faut en faire un élément capital de diagnostic. Cette température peut se manifester dès le début des accidents par de simples frissons ; plus rarement l'élévation thermique est importante et arrive à 39-39,5.

Le pouls suit la température sans caractère spécial ; peut-être l'accélération serait-elle d'un fâcheux présage quant à l'évolution.

Tandis que la tumeur évolue et que les troubles fonctionnels s'accusent, l'état général de ces malades décline rapidement. L'anorexie amène un amaigrissement considérable auquel s'ajoute de la fatigabilité et de l'asthénie. Et pour parfaire un véritable tableau, de cachexie néoplasique, les téguments, sous l'effet d'une déficience hépatique et non d'une intoxication cancéreuse, prennent une teinte subictérique prononcée, comparable à la coloration jaune paille si caractéristique du néoplasme.

En dehors d'une sensation presque constante de pesanteur dans la fosse iliaque droite, il n'existe pas de douleurs spontanées, en dehors des crises. Pendant les crises, la douleur peut revêtir le type de petits élancements non localisés ; parfois et plus rarement elle peut être excessivement aiguë au niveau du siège de la tumeur. Cette douleur peut être réveillée par la station debout, par des mouvements passifs du membre inférieur droit avec irradiation de ce membre, qui souvent

se replie en position de défense. Classiquement, ce point douloureux existe un peu plus haut que le point de Mac-Burney, mais peut être, suivant la topographie de la tumeur, sus-pubien, inguinal, lombaire ou sous-hépatique. A la palpation, la tumeur est loin d'être toujours douloureuse et plus rarement cette douleur, si elle existe, est vive. Il faut, à notre avis, penser que la tumeur, en dehors des phases de poussées inflammatoires est indolore, ce qui pourrait, à premier examen et en période de repos faire éliminer l'origine appendiculaire.

C'est de cette symptomatologie bâtarde que va naître la grosse difficulté de la question, l'élaboration du diagnostic.

Des affections si nombreuses peuvent donner une telle symptomatologie, que la clinique seule va presque obligatoirement se trouver en défaut. Il est heureux que la radiographie donne, dans la plupart des cas, sinon une certitude, du moins une forte présomption.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ayant éliminé de notre travail la forme abcès,, et en ayant donné les raisons, nous n'aurons donc à envisager dans notre étude anatomo-pathologique, que deux formes, du reste les seules intéressantes :

Le phlegmon ligneux iliaque (de MERIEL).

La forme scléro-lipomateuse.

Le phlegmon ligneux de MERIEL semble surtout, et ceci s'explique au point de vue évolutif, être une forme rétro-cœcale. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un cœcum refoulé par une masse inflammatoire, à surface péritonéale irrégulière, rouge, grenue dont l'effondrement laisse immédiatement apparaître des bourgeons charnus tout à fait caractéristiques. C'est un amas de granulations inflammatoires, d'étendue variable, contenant peu ou pas de pus, granulations rouges au milieu desquelles le doigt qui décolle trouve un appendice dont l'aspect peut être variable : tantôt long, scléreux, dur, tantôt petit, rétracté en masse, atrophique. A la coupe ses parois sont épaisses, scléreuses, sa lumière inexistante. D'autres fois, au contraire, il est déchiqueté et c'est par morceaux que la pince l'extirpe de son lit de granulations. D'autres fois encore toute recherche reste vaine : il est inexistant ; il a créé la masse inflammatoire et s'est détruit de lui-même de par son infection.

Dans notre observation IV, la libération du cœcum montrait en arrière de l'organe une masse de la dimension d'un poing d'adulte constituée uniquement de granulations. Malgré une recherche minutieusement menée, il fut impossible d'y trouver l'appendice, mais on y découvrait un calcul stercoral de la forme et de la dimension d'un noyau d'olive. La présence signalait à elle seule l'origine de cette masse inflammatoire.

Dans notre observation II, l'appendice était petit, dur, atrophique, recouvert d'un magma de granulations, le tout de la dimension d'une noix, caché par des adhérences dans l'espace pariéto-colique droit. Ces granulations inflammatoires peuvent du reste varier leur aspect macroscopique, MOUCHET et LE DENTU (thèse RICHARD, 1892), en cherchant à dégager un cœcum, mettent à découvert une zone de bourgeons inflammatoires, mais en voie d'organisation, bourgeons blanchâtres, presque à aïlure de frai de grenouille, d'un aspect tel que les auteurs croient se trouver en présence d'un magma d'épithélioma. Seule, la rencontre inattendue de l'appendice corrige le diagnostic, entraînant comme sanction opératoire la résection de l'organe qui amène la guérison rapide de l'opéré.

Dans son évolution, cette forme ligneuse, surtout quand elle a créé un syndrome clinique permettant une suspicion du diagnostic, peut, sous l'influence heureuse d'un traitement médical approprié, rétrocéder et diminuer dans de telles proportions, que la tumeur prise au début pour un néoplasme, n'a été qu'une tumeur fantôme.

Dans d'autres cas, soit que le malade ait été aban-

donné, soit qu'il ait négligé le traitement et le repos ordonnés, la lésion, par poussées inflammatoires successives, évolue fatalement vers la suppuration, et si nous admettons qu'un abcès se forme, il suscite à son tour une réaction péritonéale plus active « qui édifie sur les fondations anciennes de nouvelles masses plastiques au dépens de l'épiploon notamment, du péritoine et du tissu cellulaire rétro-péritonéal ». C'est cet abcès qui, de lui-même, corrige le diagnostic.

Nous avons assisté à l'une de ces éventualités dans notre observation II, où à notre premier contact avec le malade, la tumeur de la fosse iliaque droite, de la dimension d'un poing, tumeur indolore, évoluant chez un vieillard, ne déterminant aucune température, nous imposait le diagnostic de tumeur néoplasique du cœcum, d'autant que la radiographie contrôlait ce diagnostic. Seule l'évolution corrigea ce premier diagnostic, car quelques jours plus tard, un mois environ, sous l'effet d'un traitement bien conduit, la tumeur avait rétrogradé, ne présentant plus que les dimensions d'une noix.

La deuxième forme anatomo-pathologique, la forme scléreuse ou scléro-lipomateuse est la véritable forme tumorale de l'appendicite. D'emblée, à l'ouverture de l'abdomen, la lésion dont les dimensions peuvent être des plus variables, apparaît avec la coloration gris-nacré si caractéristique du squirre.

Elle est irrégulière et semble à première vue faire partie intégrante de l'intestin. Sa surface, un peu granuleuse, donne abri à des insertions épiploïques ou intestinales grêles. Ce sont des masses fibroïdes à as-

pect gris-rosé, d'une dureté caractéristique. COLLARD (thèse Paris, 1901) rapporte une observation de POIRIER, où la laparotomie révèle une masse de la grosseur d'un poing fixée en arrière de l'utérus, massé fibroïde située entre l'utérus et le rectum et paraissant s'être développée aux dépens de la partie supérieure de celui-ci. Seul, le dégagement de la masse, découvre brusquement l'appendice, dont l'apparition fait le diagnostic.

SAUVÉ (J. Méd. Français, juillet 1923), rapporte que dès l'ouverture de la cavité coelomique, il pénétra dans une tumeur dure comme du bois et n'y trouva pas une goutte de pus, « n'était, dit-il, la rétrocession très importante de la tumeur sous l'influence du traitement médical, l'idée de cancer se serait imposée. J'effondrais néanmoins la tumeur jusqu'au Douglas et laissait deux gros drains après avoir prélevé un fragment ». L'examen histologique du fragment donna le résultat suivant :

« Le fragment examiné est constitué par un tissu conjonctif très dense, assez pauvre en cellules fixes. celles-ci étant enserrées dans des amas de fibres collagènes ; sur des surfaces assez étendues, ce tissu est encore le siège d'une inflammation chronique subaiguë caractérisée par la présence dans ses mailles de leucocytes poly et mononuclées en quantité notable, et de quelques gros plasmocytes ; ces infiltrats leucocytaires se disposent en amas plus ou moins étalés et ont une prédilection particulière pour les vaisseaux, formant ainsi des périvascularites. Sur aucun point de ce fragment, on ne trouve trace de transformations malignes, ni d'éléments de nature tuberculeuse. »

De même dans notre observation I, la dissection au doigt décollait la tumeur du fond du cœcum, permettant d'extérioriser une masse tumorale blanchâtre, dure et scléreuse, dont la coupe était entièrement constituée par toute la partie droite du grand épiploon, agglutinée autour de l'appendice ; tandis qu'au delà, la coupe présentait des travées scléreuses, entourant des corpuscules adipeux. Nulle part la moindre trace de cavité purulente. L'examen pratiqué par M. le Professeur MONTPELLIER notait de grosses travées conjonctives, riches en fibroblastes, délimitant des géodes imparfaitement remplies de tissu adipeux ; ce tissu fibro-conjonctif est inflammatoire et contient des cellules diverses, notamment des petits foyers lymphocytaires essaimés assez nombreux avec une périvascularite importante. Pas de formations tuberculoïdes. L'appendice montre des lésions d'inflammation ancienne avec des foyers inflammatoires sous-séreux et du méso. Il s'agit d'un bloc inflammatoire, d'inflammation lente, non suppurative, néo-formation dont rien ne permet de préciser l'étiologie.

Dans l'une ou l'autre des deux formes anatomo-pathologiques, mais surtout dans la première, l'appendicite peut développer sa poussée inflammatoire, dans la paroi même du cœcum. La paroi cœcale s'épaissit, se cartonne, constituant tout autour du point d'implantation appendiculaire, une masse tumorale intra-pariétale qui vraiment inquiète, éveillant au cours de l'intervention, la possibilité d'une nécessité de résection du fond cœcal. On se demande si l'on ne se trouve pas en présence d'une infiltration néoplastique ou tuberculeuse de ce fond cœcal. L'appendicectomie fait tout rentrer dans l'ordre.

Les réactions ganglionnaires du méso-appendice d'une part, et de l'angle iléo-cœcal de l'autre, ajoutent bien souvent des détails macroscopiques à ce tableau anatomo-pathologique.

On trouve parfois un ou deux ganglions de dimensions variables, d'autres fois, au contraire, un bloc ganglionnaire plus ou moins volumineux se prolongeant plus ou moins loin dans le mésentère. Cette adénopathie, alors qu'on n'a pas encore pensé à la possibilité d'une appendicite tumorale risque de faire rejeter toute idée d'intervention radicale ou au contraire d'intervenir trop largement. Un exemple de LERICHE illustre bien ce cas :

« Dans le cas que je vais rapporter, jusqu'au moment où j'ai eu la pièce en main, je n'ai eu aucune hésitation, ni lors d'une seconde entreprise, en vue de la résection. Le volume de l'adénopathie m'a fait douter un instant de la possibilité de l'ablation.

« Je n'ai pas pensé un seul moment qu'il put s'agir d'autre chose que d'une tuberculose à type tumeur. C'est en examinant la pièce, l'opération terminée, que j'ai découvert que le cœcum était intact, mais muré dans un énorme bloc ganglionnaire non suppuré, et qu'à sa face postérieure, un gros appendice, plein de pus, était accolé. En décollant la masse, je ne m'en étais pas douté. »

Ainsi, même à l'intervention, la lésion est encore trompeuse : mise à découvert, son aspect macroscopique peut induire en erreur. Seule la découverte de l'appendice affirme le diagnostic de tumeur inflammatoire.

DIAGNOSTIC

L'erreur de diagnostic, la plus souvent commise, consiste à prendre une appendicite tumorale pour un néoplasme du cœcum. La littérature abonde en méprises de cette sorte.

« WALTHER dans deux cas et VAUTRIN un cas, avaient pensé à un néoplasme et fait une laparotomie exploratrice qui montra la méprise ; LEGUEU cite deux autres faits, appartenant à des chirurgiens des Hôpitaux de Paris ; MELIKIAN (Paris, Thèse 1901), parle également d'un cas très complexe opéré par RICARD ; enfin FAISANT rapporte trois cas analogues dans lesquels deux fois TIXIER, et une fois LAROYENNE pensèrent à un cancer. Tout dans le premier cas de TIXIER semblait réuni pour égarer le diagnostic en faveur du néoplasme : teinte jaune paille, amaigrissement, masse iliaque immobile, indolore et quelques ganglions inguinaux ; dans le second cas, même tableau clinique, même silence péritonéal. »

Par l'âge du malade, par son évolution, l'appendicite tumorale évoque immédiatement l'idée de cancer. Il existe, en effet, bien des signes trompeurs dans ce difficile problème diagnostique.

Le cancer du cœco-ascendant évolue avec les mêmes signes fonctionnels que l'appendicite tumorale.

Au début, troubles digestifs vagues, anoréxie, amai-

grissement, mais troubles qui, au cours de l'évolution deviennent plus nettement intestinaux, avec diarrhée précoce tenace, ou bien constipation, ou parfois crises subocclusives suivies de débâcle diarrhéiques. Mais il faut se rappeler que le cancer cœcal s'accompagne d'hémorragies intestinales, de selles sanieuses ou purulentes, dans lesquelles on peut quelquefois observer des parcelles cancéreuses, alors que nous avons vu que dans l'appendicite tumorale, il n'y avait jamais de selles mélœnéiques.

D'autre part, la tumeur, au moins au début, est bosselée, irrégulière et mobile ; dans l'appendicite, la tuméfaction est immobile et parfois régulière.

Bien entendu, la température est absente du syndrome néoplasique, alors que nous l'avons vue constante dans l'appendicite tumorale. Elle a été signalée, il est vrai, dans les néoplasmes, mais à la période ultime, alors que surviennent l'intoxication ou les infections secondaires.

Dans la plupart des cas, comme dans l'appendicite tumorale, le néoplasme est indolore, mais il peut exister des douleurs vagues, erratiques, passagères, ou au contraire, fixes, segmentaires, localisées.

La coloration jaune paille des téguments relèvera dans le cas d'un néo, de l'intoxication cancéreuse et sera beaucoup plus accusée que la teinte subictérique due à la déficience hépatique dans l'appendicite tumorale.

Quoiqu'il en soit, la radiographie, si on a la précaution de la pratiquer suivant la technique de SAUVÉ,

sera capable de permettre la correction éventuelle du diagnostic clinique. On aura, en effet, l'image radiographique d'un cœcum sur ou para-tumoral, dont la paroi sera régulière et simplement refoulée par la lésion, et cette constatation diminuera de beaucoup la valeur du double syndrome d'occlusion et de tumeur.

Fréquentes aussi sont les erreurs de diagnostic entre la tuberculose cœcale et l'appendicite tumorale. Elle sera même presque fatale, la tuberculose cœcale, déterminant, en même temps qu'une tumeur dans la fosse iliaque droite, dont les caractères sont absolument identiques à celle de l'appendicite tumorale, des signes fonctionnels semblables pouvant s'accompagner d'une légère élévation thermique ; ou bien, revêtant la forme de péritonite tuberculeuse localisée à forme de viscéropéritonéale avec plastron, constituant les tuberculomes intestinaux.

Mais cette tuberculose viscérale apparaît chez des sujets plus jeunes, évolue très lentement, sans porter une atteinte profonde à l'état général. Il est, de plus, très rare qu'elle soit la seule manifestation d'une infection tuberculeuse et un examen minutieux des autres appareils, l'engorgement ganglionnaire, les antécédents personnels et héréditaires du malade feront souvent la preuve d'une atteinte antérieure ou concomitante. A la radio, ce qui frappe dans le cas de tuberculose iléo-cœcale, c'est la rapidité de l'évacuation. Le cœcum se vide très rapidement de l'ombre barytée et donne une image caractérisée par un remplissage incomplet, comme si son bas fond était amputé ou comme si la muqueuse ne tolérât pas la présence de la bouillie opaque.

Il résulte de ce qui précède, que tuberculose et cancer sont, de toute évidence, les deux affections pour lesquelles le problème diagnostique se posera avec le plus d'acuité et le moins de certitude.

Même l'examen radioscopique et l'étude des images radiographiques ne pourront être que d'un secours précaire et feront, au contraire, égarer souvent le diagnostic sur la tuberculose ou le néoplasme.

Dans un cas de LERICHE, la radiographie avait montré un cœcum présentant une image lacunaire à contours festonnés et le radiologue avait conclu « lésions pariétales du cœcum sans qu'on puisse radiologiquement en définir la pathogénie, tuberculose, périviscérite ou même néoplasme ».

Dans un autre cas de CUNEO, la radioscopie montrait un cœcum à limites imprécises, que le repas baryté remplissait mal, correspondant exactement à la tumeur palpée. Sur la radiographie on apercevait à l'intérieur du cœcum des trainées irrégulières. Il s'agissait indiscutablement d'un défaut de remplissage par tumeur intrinsèque et le diagnostic de cancer était porté.

Dans ces deux cas, l'intervention infirma le diagnostic.

Le procédé décrit par SAUVÉ, procédé de repérage radiographique, est un élément diagnostique de premier ordre. Ce procédé consiste à repérer extérieurement la tuméfaction, en la circonscrivant à l'aide d'un fil métallique malléable, en plomb de préférence, appliqué sur la paroi abdominale du patient, le cœcum étant

bien entendu préalablement rempli de bouillie opaque. Dans le cas d'une tumeur d'origine appendiculaire, l'anse métallique est extérieure à l'ombre cœcale, la tumeur provoquant des images de refoulement, soit transversal, soit vertical, qu'il est impossible de confondre avec les lacunes pariétales d'un néoplasme ou l'image de STIERLIN de la tuberculose iléo-cœcal. Mais si, au contraire l'ombre du repère se superpose à l'ombre cœcal ou la touche par la plus grande partie de sa circonférence, il s'agit d'une tuberculose ou d'un néoplasme, mais aussi d'une appendicite et dans ce cas, on ne peut tirer aucune conclusion certaine.

On peut donc dire avec SAUVÉ que « quand le repère métallique est nettement séparé de l'ombre cœcal, on peut en déduire avec certitude que la tumeur n'est pas cœcale, et avec probabilité qu'il s'agit d'une appendicite torpide... Quand, au contraire, l'ombre repère métallique se confond avec l'ombre cœcale, on ne peut en tirer aucune conclusion certaine, il peut s'agir d'une tumeur cœcale comme aussi d'une pseudo-tumeur appendiculaire ».

Il nous paraît utile de reproduire deux observations de SAUVÉ qu'il fait suivre d'une double conclusion clinique et radiologique.

Cliniquement : « Le diagnostic véritable pourrait être porté par l'observation prolongée des malades. La mise au repos, la glace et la diète font diminuer la tumeur ; mais cette rétrocession finit par s'arrêter, et du reste, le diagnostic de cancer ou de tuberculose est si évident, qu'on ne pense pas habituellement à l'appendicite et que l'opération est envisagée d'emblée. C'est ce qui s'est passé pour neuf de mes malades ».

Radiologiquement : « Le moyen de diagnostic si simple que je propose, donne quand il est positif la clef du diagnostic, le jour même ; il ne comporte aucun inconvénient ; il doit donc être, à mon sens, employé dans tous les cas de tumeurs de la fosse iliaque droite ; cet emploi systématique donnera, j'en suis sûr, à ceux qui l'emploient, les mêmes surprises heureuses qu'à moi-même ».

OBSERVATION M. SAUVÉ (J. Méd. Français, juillet 1913)

M. G..., 61 ans, jusque là très bien portant, souffre depuis deux mois de troubles de la santé générale et de troubles intestinaux. Il a perdu ses forces et son appétit ; il a maigri de 8 kilogrammes et éprouve du dégoût pour toute nourriture, la viande surtout. En outre, il présente une constipation opiniâtre, alternant avec de brèves débâcles. Très courageux et ayant une situation affairée, il vaque à ses occupations, puis consulte un médecin qui, constatant dans la région cœcale une tumeur dure comme du bois et du volume du poing, l'adresse à un de nos collègues. Celui-ci porte vraisemblablement le diagnostic de cancer cœcal inopérable et refuse d'intervenir. Le malade va voir alors un premier radiographe qui confirme ce diagnostic, puis un des spécialistes les plus distingués du tube digestif, qui fait les radiographies que vous pouvez voir, porte lui aussi le diagnostic du cancer cœcal, et conseille une nouvelle consultation chirurgicale. Un des spécialiste de la colectomie, consulté, conseille l'ablation chirurgicale dans le plus bref délai et rendez-vous est pris pour l'entrée en clinique. C'est alors que voulant prendre un dernier avis, le malade vient me consulter : Je constate dans la fosse iliaque une tumeur grosse comme un poing d'adulte, dure comme du bois et presque indolore, sauf dans sa partie inférieure, où elle prend contact avec l'os des îles et est légèrement sensible. J'opine vers le diagnostic de mes prédécesseurs, mais voulant éliminer toutes les causes d'erreur, je conseille de faire une nouvelle radiographie suivant ma technique et le renvoie pour cela au spécialiste du

tube digestif qui l'avait déjà radiographié. Celui-ci employa avec la plus grande bonne grâce ma technique, et le lendemain m'envoyait les radiographies ci-jointes où vous pouvez voir que le repère métallique encerclant la tumeur est manifestement en dehors de l'ombre du cœcum rempli de bouillie opaque ; le diagnostic de néoplasme du cœcum ne pouvait donc plus être maintenu, et je fis celui d'appendicite chronique à forme de tumeur. Je priai mon collègue et ami GRENET, de bien vouloir suivre ce malade, voulant vérifier, avant d'opérer, le diagnostic par le traitement médical classique. Avant de s'y soumettre, le malade consulta un autre de mes collègues qui fit refaire une dernière radiographie, émettant des réserves pour une tumeur de l'os iliaque, hypothèse qui fut d'ailleurs rejetée après examen de la nouvelle radiographie.

Mis à une observation stricte, la diète et la glace, le malade oscilla la première semaine entre 37°5 et 38°5, il est donc vraisemblable que depuis deux mois, il déambulait avec de la température, puis il se maintint autour de 38°, un peu plus le soir, un peu moins le matin, pendant cinq semaines, bien que, durant ce laps de temps, la tumeur ait diminué de deux tiers. Enfin, au bout de six semaines, la tumeur ne diminuant plus et la température dépassant chaque soir 38°, après consultation de nos collègues, le docteur MORDRET, du Mans, ami de la famille et du docteur GRENET, l'intervention fut proposée et acceptée ; elle devait consister simplement en : incision de la tuméfaction, recherche et évacuation du pus ; l'âge du malade et son état n'en permettaient pas davantage.

Cette intervention fut faite le 17 mars dernier, avec l'assistance des docteurs GRENET et MORDRET et de M. RAIGA, aide d'anatomie. Or, à l'incision, je pénétrai dans une tumeur dure comme du bois, criant sous le bistouri, et ne trouvai pas une goutte de pus. Sans la rétrocession très importante de la tumeur sous l'influence du traitement médical, l'idée de cancer se serait imposée ; j'effrondrai néanmoins la tumeur jusqu'au Douglas et laissai deux gros drains, après avoir prélevé un fragment pour l'examen histologique. Ce fragment fut examiné par le docteur Raymond LETULLE, qui me remit la note suivante :

« Le fragment examiné est constitué par un tissu conjonctif

très dense, assez pauvre en cellules fixes, celles-ci étant serrées dans des amas de fibres collagènes ; sur des surfaces assez étendues, ce tissu est encore le siège d'une inflammation chronique subaiguë caractérisée par la présence dans ses mailles de leucocytes poly et mononucléés en quantité notable et de quelques gros plasmocytes ; ces infiltrats leucocytaires se disposent en amas plus ou moins étalés et ont une prédilection particulière pour les vaisseaux formant ainsi des périvascularites. Sur aucun point de ce fragment on ne trouve trace de transformation maligne, ni d'éléments de nature tuberculeuse, »

En résumé, il s'agissait d'une sorte de phlegmon ligneux péricœcal et la suite le démontra,

Dès le lendemain de l'opération, en effet, les drains commencèrent à donner une suppuration très abondante, d'odeur caractéristique du pus appendiculaire ; le docteur GRENET et moi constatâmes la disparition progressive de la tumeur, en même temps que la température revenait à la normale, et que notre opéré reprenait son appétit de jadis. Nous avons voulu consolider la guérison par l'autovaccination et dix-sept milliards de germes contenus dans un autovaccin préparé par le docteur LETULLE ont été injectés. Actuellement le malade est parti depuis quinze jours dans le Midi, où il excursionne.

OBSERVATION (M. SAUVÉ)

M. R. B., 42 ans, à l'aspect cachectique et ayant fait, paraît-il, de la bacillose légère, vient me consulter en juillet 1923. Il maigrit depuis trois mois, a perdu tout appétit et présente, dans la F.I.D., une tumeur du volume d'une orange un peu mobile, à peine sensible, coïncidant avec une constipation opiniâtre. Il a vu deux médecins, dont l'un ancien interne, qui ont fait le diagnostic de la tuberculose iléo-cœcale. Le médecin traitant a même déconseillé toute opération en raison de la cachexie. Je fais faire le Wasserman qui est négatif et le docteur LEROY-LEBARD fait avec ma technique une radio qui montre le repère métallique à une grande distance au-dessous et en-dedans du cœcum — bien que la température fut constamment au-dessous

de 38°, je porte le diagnostic d'appendicite à forme de tumeur ; je mets pendant 15 jours le malade au traitement médical et la tumeur diminue rapidement ; quand elle est stabilisée j'opère le malade ; je tombe sur un plastron péria-perpendiculaire, contenant en son centre du pus et l'appendice que j'enlève ; en trois semaines, la guérison est obtenue.

Il nous paraît encore intéressant de reproduire des observations où la radio donna la clef du problème.

OBSERVATION (M. FIGARELLA)

M. S. D., âgé de 47 ans, est hospitalisé pour des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite. Le malade fait remonter le début de ses troubles à deux ans. A cette époque, se produisit pour la première fois, une crise douloureuse de la fosse iliaque droite sans vomissements, ni fièvre, mais avec absence complète de selles, pendant une semaine. Quatre crises semblables se sont reproduites, laissant chaque fois le malade dans un état général plus mauvais, et chaque fois suivies d'une constipation plus marquée.

La crise actuelle a débuté, il y a 15 jours, par des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, il n'y a plus eu de selles depuis dix jours, aucune émission de gaz depuis quatre jours. Oligurie depuis deux jours, pas de vomissements,

A l'examen : Dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale, on aperçoit une tumeur du volume d'une orange, dure, douloureuse à la pression. Elle n'adhère pas à la paroi abdominale antérieure et paraît très peu mobile sur la paroi abdominale postérieure. Elle est mate à la percussion. Par ailleurs, le reste du ventre n'est pas douloureux, on ne perçoit aucune contraction péristaltique. Il n'y a pas d'ascite. Le foie est légèrement augmenté de volume. Les territoires ganglionnaires sont indemnes. Le toucher rectal réveille une douleur légère à bout de doigt du côté droit.

Cet ensemble de signes de subocclusion avec tumeur dure

et immobile, sans fièvre, chez un homme de 67 ans, oriente le diagnostic vers la possibilité d'un néoplasme du cœcum.

Un examen du sang, pratiqué, révèle une leucocytose importante avec légère plymucléose. *Une radiographie est pratiquée après lavement opaque et repérage de la tumeur par un fil de plomb suivant la technique de SAUVÉ. Cette manœuvre montre que le cœcum est haut placé, au-dessus de l'aire circonscrite par le repère. Le contour du cœcum est absolument régulier.*

Il s'agit donc, d'une tumeur extra-intestinale et vraisemblablement d'une appendicite à forme tumorale. L'absence de fièvre, l'absence de signes graves d'occlusion, permettent de tenir ce malade en observation avec des applications de glace sur l'abdomen et des injections de solutions salées hypertoniques.

Bien nous en prit, car dès le quatrième jour, le tableau clinique se modifie, la fièvre tombe à la normale, les phénomènes subocclusifs s'amendent ; émission de gaz au quatrième jour ; enfin la tumeur iliaque régresse progressivement ; il s'agissait donc bien d'une tumeur inflammatoire et l'intervention est décidée.

Elle eut lieu le 18 juillet 1933. Il persiste à ce moment une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Roux. Le péritoine pariétal adhère au cœcum et à la tumeur sous-jacente. Le péritoine incisé et décollé, on arrive au niveau d'un magma dur situé très bas, dans la fosse iliaque. Après protection de la grande cavité, on explore les différents organes. Le cœcum est replié sur lui-même formant un angle ouvert en arrière, la fin du grêle est repliée en accordéon et recouverte par de l'épiploon très épais, aux vaisseaux très dilatés. L'épiploon est libéré et réséqué en dedans de la tumeur. Le cœcum est extériorisé, le grêle libéré des adhérences qui le fixaient au cœcum. L'appendice apparaît coudé, profondément couché en arrière et au-dessous du cœcum.

Ablation de l'appendice avec enfouissement.

Suture de la paroi avec drainage du péritoine.

Les suites opératoires marquées le premier jour par un état de choc très accentué, sont ensuite normales. Emission de gaz

et selles dès le troisième jour. Le drain est enlevé le sixième jour et le malade sort de l'hôpital guéri, le quinzième jour..

L'examen anatomo-pathologique de l'appendice, a montré l'existence d'une inflammation subaiguë à tendance nécrosante et néo-formatrice très accentuée.

OBSERVATION (M. DE VERNEJOUL)

Notre observation concerne une femme de 65 ans, cuisinière, qui est, pour la première fois, prise, le 5 novembre 1930, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec température à 39° sans vomissements. Le diagnostic est porté d'appendicite aiguë, et le médecin institue le traitement destiné à faire refroidir cette crise. La température tombe progressivement et quinze jours plus tard, alors que les douleurs persistent, apparaît une tuméfaction, étalée dans la fosse iliaque droite.

Les limites de cette tuméfaction se précisent de plus en plus, donnant l'aspect d'une tumeur bosselée, légèrement mobile. La malade est transportée à la Conception. Elle est largement glacée. *Une radiographie montre que la tumeur siège audessous du cæcum, indépendante de ce dernier.* La malade refuse toute intervention. Elle est traitée par la glace et la vaccinothérapie, et l'on assiste à la régression progressive et à la disparition complète de toute trace de tumeur.

OBSERVATION (M. DE VERNEJOUL)

M. M. V., vient consulter en 1932. Il a maigri depuis 4 mois, a perdu l'appétit, présente dans la fosse iliaque droite une tumeur indolore du volume d'une grosse orange. Cette tumeur, au dire du malade, remonte à trois mois, et aurait débuté à la suite d'une crise légèrement douloureuse à droite.

Le malade a été vu par un médecin et par un chirurgien qui ont porté le diagnostic de tuberculose du cæcum et en ont conseillé la résection. Wasserman négatif.

Nous conseillons au malade de se faire radiographier. *Cet exa-*

men montre l'indépendance complète du cæcum et de la tumeur située au-dessous et en dehors de lui. Le diagnostic de tumeur cæcale, tuberculeuse ou autre, doit être abandonné. Le malade est mis au lit, glacé et la tumeur diminue bientôt de moitié. Quinze jours plus tard, l'intervention est pratiquée ; l'appendice est entouré d'un plastron, au centre duquel se trouve du pus. Après résection épiloïque, l'appendice est enlevé, la fosse iliaque drainée, Guérison en 20 jours.

L'actymomycose cœco-appendiculaire ne se différencie cliniquement pas à la période d'état de l'appendicite tumorale.

Revêtant les mêmes signes physiques et généraux digestifs et réactionnels, il faudra attendre si l'intervention n'a pas lieu, la période d'envahissement pariétal, pour porter le diagnostic. La clinique révèle, là encore, une tumeur profonde, mal limitée d'une dureté ligneuse, avec des alternatives d'augmentation et de diminution entrecoupées de périodes de repos. On a pu, dans certains cas, isoler le champignon dans les matières, ce sera alors un signe de certitude.

Mais avec les actymomycoses intestinales, nous entrons dans le diagnostic d'exception.

LEGUEU et BAUSSENAT rapportent l'observation d'un malade présentant dans le flanc droit une masse qui n'est mobile dans aucun sens, masse énorme remontant jusqu'au foie, atteignant en dehors l'os iliaque et en dedans la ligne médiane. L'état général est mauvais, avec fièvre le soir, et après examen sous chloroforme, la dureté de la tumeur, ses irrégularités, ses adhérences à l'os iliaque font porter le diagnostic d'ostéosarcome de cet os. « Aucune intervention n'est pratiquée. Fort

heureusement, la tuméfaction augmente progressivement, la fluctuation devient plus nette : on pose le diagnostic d'appendicite que confirme l'intervention ».

Dans ce cas, la notion de tumeur dure, irrégulière, adhérente à l'os iliaque, pouvait en imposer pour un ostéosarcome. L'évolution et la fluctuation qui apparut par la suite firent le diagnostic.

Mais, en général, l'ostéosarcome du bassin, débute brutalement par une douleur atroce, localisée, amenant parfois la chute du malade, l'empêchant le plus souvent de marcher. Au point douloureux apparaît rapidement une tumeur, intimement soudée à l'os, bosselée, dure, parfois pulsatile, et offrant à la pression le signe de la crépitation parcheminée. Son accroissement rapide, les symptômes de compression viscérales, vasculaires et nerveuses feront, dans la majorité des cas, porter le diagnostic qui sera facilement confirmé par la radio.

Nous ne citerons que pour mémoire :

Le cancer de l'appendice qui revêt la forme clinique d'une appendicite banale aiguë ou chronique. La tumeur étant très rarement volumineuse, et les phénomènes fonctionnels et généraux étant toujours beaucoup moins marqués que dans l'appendicite tumorale. Ces cancers de l'appendice peuvent, au point de vue anatomo-pathologique, être constitués par des lymphosarcomes, des épithéliomas, des myxomes. Les diverticules de l'appendice à forme tumorale qui entrent d'ailleurs dans le cadre de ce travail, se rattachant par tous leurs signes et leur évolution aux appendicites tumorales, n'en étant qu'une forme anatomique.

Telle par exemple cette observation de HARTMAN et BINET, qu'ALLAL rapporte dans sa thèse (Alger 1925) :

« Ali B. H. 27 ans, tirailleur. Douleurs répétées dans la partie droite de l'abdomen. On constate dans cette région une tumeur arrondie, grosse comme un petit orange, bien limitée, ferme, et légèrement sensible à la pression. Bon état général.

Opération le 26 septembre 1917. Resection iléo-cœcale avec fermeture des deux bouts et iléo-colostomie latérale. Drainage. Fermeture de la paroi. Guérison. A l'examen de la pièce, l'iléon, le cœcum et le côlon ont une muqueuse saine. L'appendice collé contre la paroi cœcale, très gros, est oblitéré à sa base. A un centimètre et demi de son extrémité est une petite perforation qui conduit dans une poche arrondie, également remplie de masses myxomateuses.

Il communique, en outre, avec deux diverticules, l'un situé sous la face inférieure du cœcum, l'autre sous la face interne, tous deux distendus par des masses gélatineuses. »

Des collections froides, venues de la colonne vertébrale ou de l'articulation sacro-iliaque, peuvent se localiser dans la fosse iliaque droite, en y donnant des tuméfactions profondes, régulières, non douloureuses, souvent fluctuantes. Mais de nombreux signes particuliers font immédiatement penser à des lésions ostéo-articulaires d'ailleurs toujours manifestes à la radio.

Dans des localisations hautes, l'appendicite tumorale peut simuler de nombreuses affections.

C'est ainsi qu'on pourra trouver la tumeur évoluant sous le foie, comme dans notre observation I, et laissant la fosse iliaque droite, libre de toute lésion, faisant éliminer de ce fait la possibilité d'une origine appendiculaire.

Tous les diagnostics sont alors débattus, des affections tumorales du carrefour sous-hépatique : cancer de l'angle colique, cancer du foie, kyste hydatique de la face inférieure du foie, possibilité d'une tumeur rénale. Au cours de l'intervention même, de l'observation I, pour laquelle on avait porté le diagnostic de kyste hydatique de la face inférieure du foie, on était passé par des alternatives d'hésitations entre néoplasme du foie et néoplasme du colon. Fort heureusement, des tentatives de dégagements de la tumeur avaient subitement fait rencontrer l'appendice. Le plus souvent, néanmoins, toutes ces affections ont leurs caractères cliniques propres et demeurent, en fait, assez faciles à éliminer.

Dans ses localisations basses, la tumeur peut facilement en imposer pour des affections génitales ou pour des affections tumorales du petit bassin.

COLLARD, dans sa thèse (Paris, 1901), rapporte une observation de POIRIER où la laparotomie faite sur le diagnostic de rétroversion utérine fixée, révéla une masse de la grosseur du poing située en arrière de l'utérus. Après dégagement d'anses grêles adhérentes à sa surface, on découvrit une masse fibroïde située entre l'utérus et le rectum, paraissant développée aux dépens de la partie supérieure de celui-ci.

Ausi le diagnostic clinique de rétroversion devient celui de néoplasme du sigmoïde ; mais dans les tentatives de décollement au doigt, l'opérateur rencontra un appendice enflammé et hypertrophié.

Dans l'observation III, le toucher vaginal révélait un gros corps utérin bosselé, coiffé d'une tuméfaction sail-

lante dans le col du sac latéral droit, masse mal délimitée paraissant être les annexes. A l'intervention, cette masse n'était qu'un magma d'épipoite scléro-lipomateuse adhérent au cul de sac vésico-utérin et au bord du ligament large. Des tentatives de libération de cette masse révélèrent brusquement en son centre la pointe d'un appendice sclérosé, constatation qui corrigea le diagnostic clinique et imposa la conduite opératoire.

Nous ne saurions trop insister devant ces difficultés de diagnostic, tant au point de vue clinique qu'au cours de l'intervention. Même pièce en mains, le diagnostic peut être très difficile et en présence de ces tumeurs de l'appareil cœco-colique, il serait bon pour éviter toute erreur de décision thérapeutique, d'aller du simple au composé et de penser tout d'abord à la possibilité de l'appendicite pseudo-néoplasique.

TRAITEMENT

Il est rare, comme nous le disions dans notre étude clinique que l'appendicite, dans sa forme pseudo-néoplasique ait un début chronique d'emblée.

Certes, cette forme peut exister, nous ne pouvons le nier, ou peut-être existe-t-elle déjà depuis quelque temps, quand le malade vient consulter pour des crises abdominales, à type aigu peut-être plus souvent sub-aigu. En plus des troubles fonctionnels : douleurs dans la fosse iliaque droite, quelques vomissements, légère température, la palpation révèle la tumeur symptomatique. Dans ce cas, tous les diagnostics ayant été envisagés, on porte un diagnostic de grosse probabilité et si l'hématologie concorde avec ces signes cliniques, c'est au diagnostic d'appendicite auquel il faut songer.

Le traitement devra tout d'abord être un traitement médical, c'est-à-dire le traitement classique : repos au lit, diète hydrique, glace sur le ventre, avec vaccination appropriée.

Souvent le tableau clinique s'améliore, la température décroît progressivement, la contracture abdominale disparaît, ne laissant plus subsister que le syndrome tumoral et l'examen radioscopique et radiographique, comme nous y avons insisté, vient confirmer le diagnostic d'appendicite. Le traitement chirurgical doit immédiatement entrer en jeu.

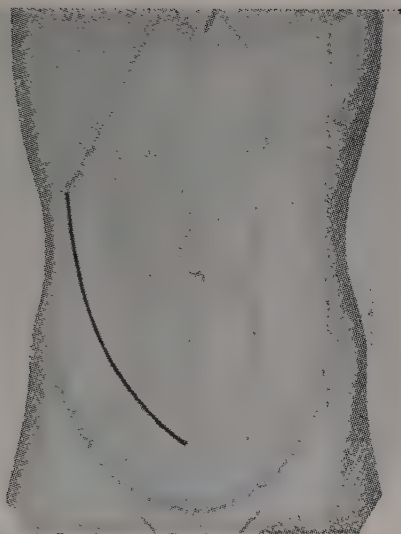
Nous ne croyons pas que l'incision médiane puisse être employée dans cette tuméfaction de la fosse iliaque droite. Elle porte loin de la lésion, et peut augmenter les difficultés opératoires, soit en cas d'adhérences du cœcum lui-même, soit en cas d'adhérences péritumorales. Il faut aller droit à la tumeur et la voie d'abord ne peut et ne doit utiliser que la fosse iliaque droite. A ce sujet, nous ne saurions trop insister sur la méthode préconisée par notre Maître M. le Professeur COSTANTINI : méthode de dissociation musculaire élargie dans la chirurgie des flancs. Voici résumé cette technique opératoire dont on trouvera la description détaillée dans (l'indication bibliographique ci-dessous donnée) :

Incision à courbe régulière à concavité interne allant de l'extrémité de la neuvième ou dixième côte à l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur de la ligne pubo-ombilicale, dissociation des fibres musculaires du grand oblique jusqu'à la naissance de la toile aponévrotique du muscle.

Dissociation du petit oblique et du transverse et section du feuillet antérieur de la gaine des droits.

Ainsi on pratique une dissociation horizontale des fibres musculaires à égale distance du pubis et de l'ombilic et sans aucune lésion nerveuse ou vasculaire on découvre le péritoine et le muscle grand droit. Section du péritoine : 2 écarteurs, l'un réclinant la lèvre supérieure de l'incision, l'autre le grand droit, permettront l'exploration aisée du colon droit.

Les avantages de cette technique seront donc : une voie d'exploration large avec une visibilité parfaite des organes des flancs et la suppression des séquelles post-opératoires pariétales (éventration).

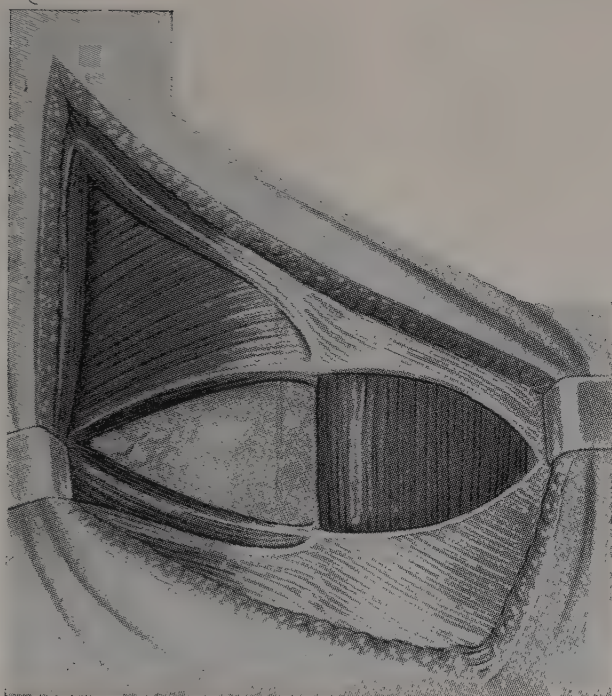


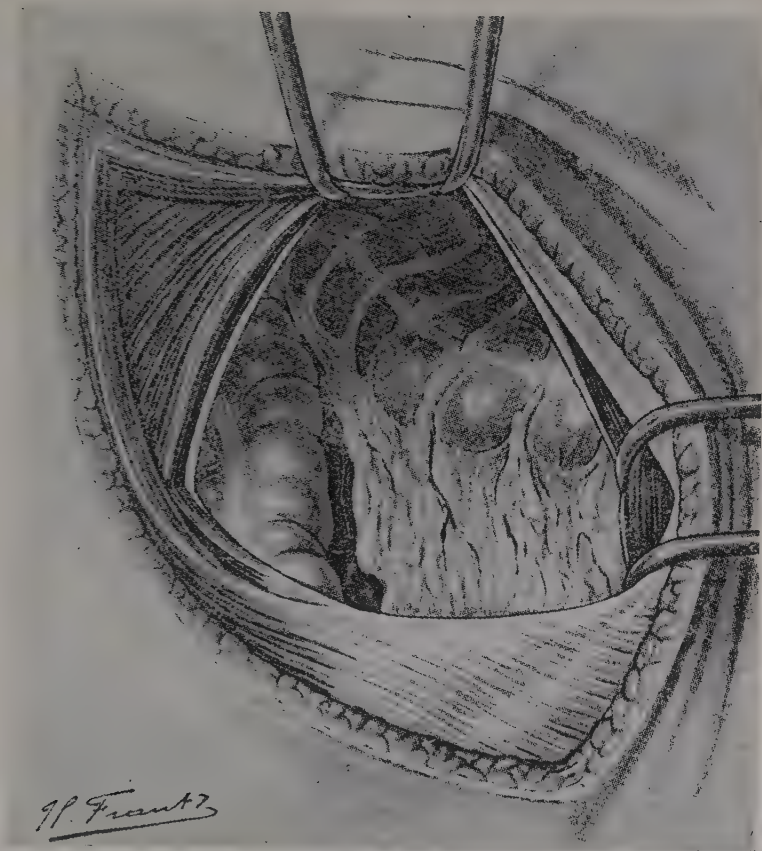
La lésion découverte peut être : sous péritonéale.

Dans ce premier cas, la lésion ne peut être mise à découvert par le simple décollement au doigt du fond cœcal. Cette méthode, en effet, risquerait des effractions, des lésions plus ou moins étendues de ce dernier. Il faut se créer un jour large et net et, pour ce faire, pratiquer l'incision du péritoine pariétal postérieur, le long de sa réflexion sur le cœco-colon. Cette incision doit être suffisamment longue pour bien libérer le cœco-colon, extérioriser facilement la tumeur et découvrir l'appendice au milieu de sa masse de granulations inflammatoires (forme ligneuse de Meriel) (telles nos observations II et III). L'appendicectomie exécutée, le moignon enfoui ou laissé libre, selon l'état même du revêtement péritonéal du fond cœcal, une mèche doit être laissée au contact de la face postérieure du cœcum.

Dans le cas où la tumeur est intra-péritonéale, il s'agit presque toujours de la forme tumorale pure, scléreuse ou scléro-lipomateuse. Elle sera extirpée en masse avec l'appendice. En règle générale, cette masse n'est pas libre ; elle est presque toujours adhérente aux anses intestinales grêles voisines et surtout au cœcum lui-même comme dans notre observation I. Dès lors, c'est au doigt qu'il faut décoller la lésion de ses plans d'adhérences, ce décollement devant être fait lentement, prudemment, dans le but d'éviter tout effrondement de la paroi intestinale à laquelle elle adhère.

Ceci fait et l'appendice réséqué, il faut faire une révision soigneuse des parois intestinales intéressées et suturer en plusieurs plans toute zone suspecte de celles-ci.





En plus de la tumeur et dans toutes les formes que nous avons envisagées jusqu'ici, il ne faut pas omettre de réséquer au maximum du grand épiploon et tout ce qui paraîtra avoir été inflammatoirement infiltré, épaissi ou sclérosé. C'est là, du reste, un principe général dans la chirurgie de l'appendicite, car laisser dans l'abdomen une partie atteinte de l'appendice, c'est faire courir à l'opéré des risques post-opératoires d'occlusion intestinale.

Jusqu'ici nous avons admis que le diagnostic d'appendicite avait été porté, mais il se peut et le fait n'est pas rare, que l'on soit intervenu sur l'unique diagnostic de tumeur de la fosse iliaque droite. On a pratiqué la même voie d'abord ci-dessus décrite et la lésion exposée, on découvre en son centre l'appendice enflammé ou gros et scléreux. Cette constatation implique le diagnostic d'appendicite tumorale. Dès lors, on agit comme précédemment.

Dans bien des cas, malheureusement, pièce en mains, il est impossible macroscopiquement de se faire une opinion sur la nature de la lésion. Il faut alors agir comme si l'on se trouvait en présence d'un néoplasme ou d'une tuberculose cœcale.

C'est ici qu'il faut bien avoir présent à l'esprit que la chirurgie colique ne peut et ne doit être qu'une chirurgie de sécurité, c'est-à-dire une chirurgie faite en plusieurs temps. On fait rapidement l'inventaire des lésions, de l'étendue de la tumeur elle-même par la recherche minutieuse de ses limites, l'étude des ganglions de l'angle iléo-colique, et c'est alors qu'on procédera au premier temps opératoire, c'est-à-dire l'a-

bouchement iléo-colique. Celui-ci devra porter sur l'iléon, à quelques travers du doigt de la zone adhérentielle, ceci dans le but de permettre une résection facile lors du deuxième temps.

Nous ne reprendrons pas ici l'étude des différentes méthodes d'anastomose qui s'offrent à nous : anastomose termino-terminale, avec fermeture en raquette de l'excès de la tranche colique suivant le procédé de **ROBINEAU** ; anastomose latéro-latérale ; anastomose termino-latérale. Celle-ci, tout de même, nous paraît supérieure au deux autres, parce que plus rapide, ne présentant pas les difficultés de technique de la termino-terminale et offrant tous les avantages de la latéro-latérale.

Le deuxième temps sera l'extériorisation et la résection de la masse tumorale. Cette résection, puisqu'on ignore encore la nature histologique de la tumeur, devra être la plus large possible. D'une part, il faudra dépasser les ganglions para-coliques et remonter haut dans le territoire de la mésentérique supérieure ; d'autre part, il faudra enlever le maximum de colon droit pour extirper, non pas ce que l'on perçoit, mais ce que l'on devine.

Dans ce deuxième temps, notre Maître, M. le Professeur **COSTANTINI**, après avoir clivé l'espace rétro-colique et extériorisé toute la masse tumorale, résèque, ferme les deux bouts intestinaux en bourse et solidarise ces deux moignons intestinaux à la suture de la paroi avec ou sans compresses protectrices. Ainsi il pousse au maximum sa technique de sécurité permettant l'évolution extra-péritonéale de toute fistulation possible d'un de ces moignons intestinaux.

Il serait intéressant d'envisager dans l'étude de la résection, l'état des adhérences péri-tumorales. Celles-ci, lâches et frêles, seront facilement décollées. Mais souvent elles seront serrées, nombreuses, avec le grêle et leur libération risque d'entraîner des lésions graves de ce dernier. C'est pour cela, et nous l'avons du reste signalé, qu'il faut, lors du premier temps, étudier leur étendue, et pour permettre une résection aisée et sans danger, porter le point d'implantation anastomatique iléale, à quelque distance de la zone adhérentielle.

Au cours de la résection de la tumeur appendiculaire diagnostiquée et contrôlée par l'intervention, on peut, l'appendicectomie pratiquée, se trouver en présence d'une infiltration pariétale plus ou moins étendue du fond cœcal. Si ce placard est limité, la résection du fond cœcal peut et doit suffire : LECÈNE le conseille. Mais si l'infiltration se montre plus étendue, laissant par cela même exister une certaine incertitude de diagnostic, tuberculose cœcale ou cancer, il faut alors pratiquer la résection iléo-cœcale typique.

Enfin, et quoique nous ayons dès le début éliminé de notre étude la forme tumorale-abcès, nous devons tout de même admettre qu'au cours de l'intervention nous pouvons nous trouver en présence d'une collection purulente plus ou moins étendue surajoutée à la tumeur. Dans ce cas, il faut pratiquer l'opération minima : la simple ouverture large et le drainage de la poche sans autre intervention complémentaire : la résection de la tumeur ou la colectomie n'étant pratiquée que dans un deuxième temps.

Pour terminer l'intervention, il faut savoir drainer.

Et comme le disait MÉTRIVET à l'une des dernières réunions de l'Académie de Chirurgie : « Si l'emploi des mèches n'ajoute rien à la réputation d'élégance du chirurgien, il permet de sauver de nombreux malades qui succomberaient sans lui ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. R..., âgé de 39 ans, présente un syndrome douloureux l'hypocondre droit.

Ce malade a commencé à souffrir du ventre dès l'âge de 14 ans, se plaignant de douleurs périombilicales survenant tous les 10 ou 15 jours. A l'âge de 15 ans, il aurait eu une crise abdominale très violente et très douloureuse, sans localisation précise et accompagnée de vomissements importants. Depuis les crises se sont espacées, ne réapparaissant que tous les 2 ou 3 mois. Ces douleurs qui siégeaient dans l'hypocondre et la fosse iliaque droite, ne s'accompagnaient jamais de vomissements, pas de douleurs gastriques, pas de constipation ni diarrhée. La dernière de ces crises, plus violente que de coutume, date du 3 novembre dernier.

A l'examen, le malade dont l'abdomen est légèrement météorisé, présente dans la région sous-hépatique, une tumeur, dure, arrondie du volume d'une orange. Cette tumeur, mobile à la palpation, est légèrement douloureuse. Elle paraît, d'autre part, être attenante au foie, qu'elle suit dans les mouvements respiratoires. Mate à la percussion, elle continue exactement en bas la zone de matité hépatique, sans la moindre trace de sonorité intermédiaire. Le palper bimanuel donne la sensation de faux contact lombaire.

La palpation du reste de la cavité abdominale est négative, en particulier la fosse iliaque droite est parfaitement souple et indemne de toute lésion.

Au point de vue fonctionnel, le malade se plaint simplement d'une douleur spontanée au niveau de la tumeur. Pas de vomissement, de constipation, ni de diarrhée. La température est à 38°.

Pensant à la possibilité d'une tumeur rénale, nous faisons pratiquer une pyelographie qui montre, avec un rein droit ptosé, un bassinnet légèrement hypertrophié situé au-dessus de la douzième côte. L'uretère coudé, est refoulé vers la colonne. Quoiqu'il en soit, nous ne pensons pas que ces signes radiologiques puissent nous permettre de poser le diagnostic de tumeur du rein droit. Par ailleurs, toutes les hypothèses sont faites au point de vue diagnostic et nous nous arrêtons plus particulièrement à celui de kyste hydatique de la face inférieure du foie.

Une formule leucocytaire faite à ce moment donne le résultat suivant :

Globules blancs.	15.300
Polynucléaires neutrophiles. . .	72
Eosinophiles	1
Grands et moyen mono.	27
Lymphocytes vrais.	0

Intervention sous anesthésie générale ; incision transversale sous-hépatique, correspondant à la proéminence tumorale.

Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, la tumeur



Edouard Bégin

apparaît d'un blanc nacré, comme appartenant au foie. Huit ponctions restent blanches.

Le diagnostic de kyste hydatique immédiatement rejeté, nous laisse un instant supposer qu'il pouvait s'agir d'un sarcome du foie. Mais l'agrandissement de l'incision montre bien que la tumeur n'est pas adhérente au foie, mais plaquée sur l'angle colique droit (FIGURE I) avec un cœcum d'une brièveté extrême et un cœco ascendant qui n'existe pour ainsi dire pas. La fosse iliaque droite est vide. Nous pensons alors à un cancer du cœcum. Mais tandis que nous nous demandons quelle méthode chirurgicale employer en présence d'un néoplasme du gros intestin, compliquant une absence congénitale du cœco ascendant, l'index qui cherche à délimiter la tumeur et à en préciser les contours, tombe tout à coup dans une cavité contenant l'appendice et dont les parois présentent un caractère nettement inflammatoire.

Aucun doute n'est alors possible. L'aspect inflammatoire de l'appendice lui-même et de sa loge obligent à penser à une appendicite tumorale.

Après avoir sectionné l'appendice à sa base, nous dégageons au doigt la tumeur qui se clive aisément du cœcum, sans aucune éfraction de sa paroi.

Nous laissons, au contact de ce cœcu msous-hépatique et du moignon appendiculaire qui n'est pas enfoui, deux mèches qui seront enlevées à la 48^e heure.

Fermeture de la paroi en un seul plan.

Les suites opératoires sont très simples et le malade

quitte la clinique deux semaines plus tard, en très bonne voie de cicatrisation.

Revu le 8 février 1934, ce malade ne souffre plus du ventre, ne présente aucune trouble digestif, son abdomen est parfaitement souple, sa cicatrice normale.

L'examen de la pièce faite par le docteur MONTPELLIER, au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté d'Alger, donne le résultat suivant :

A la coupe, la masse tumorale est entièrement constituée par toute la partie droite du grand épiploon, agglutinée autour de l'appendice formant des travées scléreuses qui entourent des corpuscules adipeux. Il n'y a pas de cavité purulente. A l'examen histologique : on note de grosses travées fibro-conjonctives riches en fibroblastes délimitant des géodes imparfaitement remplies de tissu adipeux ; ce tissu fibro-conjonctif est inflammatoire et contient des cellules diverses, notamment des petits foyers lymphocytaires essaimés assez nombreux, avec une perivascularite importante.

Pas de formations tuberculoïdes.

L'appendice montre des lésions d'inflammation ancienne avec foyers inflammatoires sous-séreux du méso ; en définitive, pas de trace de processus néoplasique ou tuberculeux. Il s'agit d'un bloc inflammatoire, d'inflammation lente non suppurative, néo-formation dont rien ne permet de préciser l'étiologie.

OBSERVATION II

M. T..., 63 ans, nous est adressé le 1^{er} août 1934, avec le diagnostic clinique de tumeur néoplasique de la fosse iliaque droite.



Voici l'histoire de sa maladie :

Il aurait commencé à souffrir du ventre depuis 8 ans, se plaignant de douleurs insidieuses et continues de la fosse iliaque droite qui se manifestaient sous la forme de petits élancement douloureux, jamais accompagnés de vomissements. Depuis 3 mois, ces douleurs ont brusquement augmenté d'intensité en même temps qu'une diarrhée abondante est apparue. Pendant toute cette période, l'état général jusque là resté satisfaisant, commence à s'altérer.

A l'examen, on constate simplement dans la fosse iliaque, la présence d'une tumeur dure, irrégulière, bosselée, de la grosseur d'un poing. Cette tumeur, très peu mobile, n'est pas douloureuse à la palpation.

Pas de vomissement ; diarrhée abondante sans melœna ; température à 38°.

Une numération leucocytaire ne montre pas de signes de suppuration.

D'autre part, l'examen radiologique montre que la palpation de la tumeur sous l'écran, mobilise le cœco-ascendant. En outre, après ingestion de baryte, on note une vacuité à peu près complète du bas-fons cœcal, qui est relié au cœco ascendant par une zone rétrécie injectée de gélobarine (voir radio). Ces signes font poser le diagnostic radiologique de tumeur cœcale non sténosante.

En présence de cette tumeur de la fosse iliaque droite, dure, irrégulière et non douloureuse se présentant chez un homme âgé et d'après le résultat de l'examen radiologique, nous posons le diagnostic de tumeur néoplasique du cœcum.

Mais notre malade, atteint de bronchite chronique avec crises d'asthme fréquentes, avait un taux d'azotémie élevé (3 gr. 80) ; on juge alors prudent avant d'intervenir, d'améliorer l'état pulmonaire et de le désintoxiquer par un traitement médical.

On diffère donc l'intervention de quelques jours et bien que la formule leucocytaire soit normale, on juge bon pour agir contre tout état stercorémique possible, de mettre de la glace sur le ventre. Le malade quitte la clinique 6 jours après ; à ce moment, la tumeur présentait toujours ses mêmes caractères sans qu'on puisse noter la moindre régression.

Nous revoyons le malade le 25 août, à ce moment, nous sommes frappés de constater que la tumeur, qui, à notre premier examen, présentait le volume d'un poing, n'avait plus maintenant que celui d'une noix. Dès lors, le diagnostic d'appendicite tumorale s'imposait, nous intervenons le lendemain.

Intervention à l'anesthésie locale. L'incision de Roux montre un appendice long de 4 centimètres environ, gros et tuméfié, entouré de masses granuleuses, inflammatoires, le tout en position latéro-cœcale dans l'espace pariéto-colique droit. Le cœcum et le bas-fond cœcal sont indemnes de tout épaissement douteux. L'appendice réséqué, deux mèches sont laissées au contact de son moignon qui n'est pas enfoui.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont très simples, sauf l'apparition, vers le dixième jour, d'une fistule stercorale peu abondante, qui se tarit spontanément en 15 jours.

Revu le 17 octobre, le malade ne présente plus de douleurs abdominales ; plus de troubles digestifs ; le ventre est souple ; au niveau de la cicatrice, il n'existe plus qu'une toute petite plaie cutanée tout à fait superficielle.

L'examen anatomique de la pièce n'est pas pratiqué.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le Professeur FERRARI)

D. M..., âgée de 31 ans, entre, le 9 juillet 1934, à l'hôpital de Mustapha, salle Bichat, dans le service du Professeur FERRARI, pour douleurs abdominales.

Voici l'histoire de sa maladie :

Le début de ces accidents remonte à 8 jours et fut marqué par des petites douleurs à type d'élancements, localisées à droite de l'ombilic. Les douleurs, peu intenses au début, s'exagèrent de plus en plus, atteignant leur paroxysme, il y a deux jours, entraînant une perte de connaissance ; les règles ne sont pas troublées et apparaissent, comme d'habitude, avec une avance de quatre jours par mois. Les dernières, qui datent du 2 juillet, ont duré 3 jours ; entre les règles des pertes blanches qui ont été interrompues à l'apparition de la douleur ; la constipation habituelle persiste avec légère douleur à la miction ; pas de vomissements ; pas de température.

Cette femme, réglée à 11 ans et demi, s'est mariée à 16 ans et demi, n'a jamais fait de fausses couches et a eu une fille bien portante, actuellement âgée de 13

ans, a toujours eu des règles régulières, non douloureuses, avançant de 4 jours chaque mois et durant 3 jours ; pertes glaireuses depuis sa grossesse.

A l'examen :

L'abdomen respire régulièrement ; à la palpation, on localise un point douloureux siégeant exactement au niveau du point de MAC BURNEY et on perçoit, sur la ligne médiane, une masse dure remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et débordant largement dans la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal permet de sentir un col un peu irrégulier déchiré, métritique. Le corps utérin est volumineux, bosselé, avec, sur la face antérieure, une petite tuméfaction saillante dans le cul de sac ; toute la masse est inclinée à droite ; les culs de sac vaginaux sont empâtés et douloureux et on perçoit à droite une masse mal délimitée qui paraît être constituée par les annexes. L'hystérométrie donne 7 centimètres.

La malade est mise au repos avec de la glace sur le ventre ; on fait des injections de vaccin dans le col, à la suite desquelles elle fait un choc très violent avec température à 39°5 qui rapidement redescend aux environs de 37°.

Le 28 juillet, ont refait un toucher vaginal ; le col utérin paraît plus mobile ; on perçoit toujours ce noyau fibromateux sur la face antérieure et dans le cul de sac droit, la masse annexielle dure et douloureuse ; une numération et formule leucocytaire donne le résultat suivant :

Globules blancs polynucléaires.	62
Globules rouges.	4.030.000
Monocytes.	9
Lymphocytes.	29

Le 14 août, au toucher : le col est gros, un peu œdémateux ; le corps utérin est dévié à gauche ; dans le cul de sac droit, on perçoit toujours la masse annexielle, irrégulière, du volume d'une petite orange qui, maintenant se mobilise, sa consistance est ferme, paraissant liquide. En certains points, les culs de sac gauche et postérieur sont empâtés et douloureux.

Le 30 août, le corps utérin est encore gros et dévié à gauche, en position intermédiaire. Dans le cul de sac droit la masse annexielle grosse, dure, du volume d'un œuf, est devenu très mobile.

Du 7 au 27 août, la malade avait subi neuf séances de diathermie.

On pense alors à une annexite droite rebelle au traitement médical pour laquelle on intervient le 7 septembre 1934. Rachianesthésie aparotomie médiane.

A l'ouverture de la cavité péritonéale, on constate que le grand épiploon s'étale au-dessus de la masse intestinale, adhère fortement au-dessus du pubis, sur le ligament rond et dans le cul de sac vésico-utérin. Cette adhérence se fait par un bloc d'épiploïte ayant le volume d'une orange qui adhère d'autre part aux franges épiploïques du colon pelvien.

On dégage facilement cette masse tumorale et au milieu de ce foyer d'épiploïte on trouve la pointe de l'appendice non perforé, mais dur et enflammé. On sec-

tionne alors l'appendice à sa base et, après ligature de son méso, on peut l'enlever avec le bloc tumoral.

Ceci fait, l'examen de l'abdomen montre que l'adhérence épiploïque au cul de sac vésico-utérin a laissé après son exérèse une surface cruantée et légèrement saignante parsemée de petits îlots caséeux et qu'il est impossible de péritoniser ; on place alors une mèche de gaz sur ce foyer et on referme la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont très simples. La malade quitte l'hôpital le 2 octobre.

L'examen histologique de la pièce opératoire n'a pas été fait.

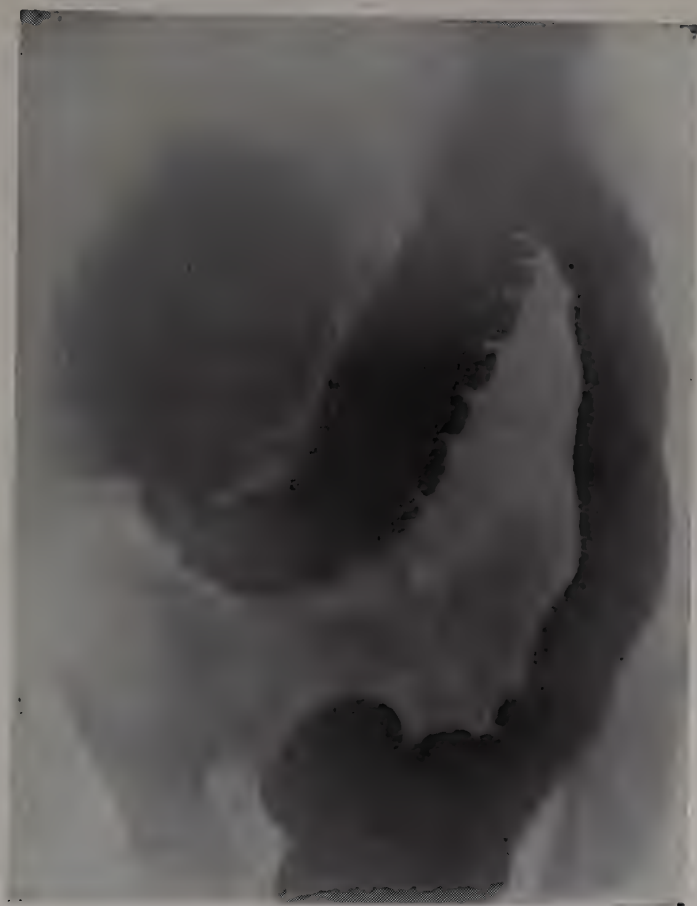
OBSERVATION IV

Mme V. P... entre à l'hôpital dans le service de M. le Professeur FERRARI, salle Bichat, pour crises abdominales sous-hépatiques.

Cette malade aurait déjà présenté deux crises abdominales frustes, étiquetées crises appendiculaires.

Les accidents actuels ont débuté, il y a quelques jours, par des douleurs violentes sous-hépatiques, avec irradiation en bretelles de l'épaule droite, vomissements contracture abdominale, léger subictère et température à 40°.

La palpation de l'abdomen, en effet, montre un abdomen souple dans toute son étendue, sauf dans le cadran sus-ombilical droit, où toute la paroi abdominale est contracturée, douloureuse à la palpation. Cette



douleur est également retrouvée dans la région lombaire ; la première impression clinique laisse un diagnostic en suspens, entre cholécystite, infection rénale d'origine indéterminée et appendicite sous-hépatique.

On institue sous une surveillance étroite, le traitement médical classique : poche de glace sur le ventre, diète hydrique.

Très rapidement, sous l'effet de cette thérapeutique, le tableau clinique s'amende, la douleur disparaît progressivement, ainsi que la contracture abdominale ; et au bout d'une dizaine de jours, la palpation révèle, dans la région sous-hépatique, l'existence d'une masse de la dimension de deux poings. Cette masse est dure, immobile, douloureuse à la pression et présente un contact lombaire. Les urines sont claires et l'examen du rein droit est négatif. C'est alors qu'on pratique un examen radiographique du gros intestin par lavement baryté donné à faible pression. Cet examen est fait suivant la technique de SAUVÉ. La radiographie indique alors l'existence d'un gros cœcum en position sous-hépatique. Les contours de l'organe coïncident avec l'ombre du fil métallique de sorte qu'on se demande s'il ne s'agit pas d'une appendicite coïncidant avec un volvulus chronique du cœcum. La partie droite du transverse est tout près du cœco ascendant et la palpation dissocie facilement les deux anses l'une de l'autre.

Intervention le 2 février 1935 sous anesthésie générale. (Professeur FERRARI, Docteur VERGOZ).

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicales. Le cœcum est en position haute sous-hépatique et la partie

droite du transverse fixée à lui par des adhérences. On dégage au doigt cette zone d'acolement colique, la face supérieure du foie, la vésicule biliaire sont saines ; rien au canal duodéno-pylorique. Le cœcum est immobilisé ; fixé à la paroi lombaire par de nombreuses adhérences et sa palpation dénote l'existence d'une zone tumorale rétro-cœcale. Le décollement au doigt du fond cœcal, qui est particulièrement difficile, découvre une zone de granulations inflammatoires, granulations rosâtres éparpillées sur l'étendue d'une petite paume de main, au milieu desquelles on découvre un calcul stercoral de la dimension et de la forme d'un noyau d'olive. Pas la moindre trace de pus. Malgré une recherche minutieuse, l'appendice n'est pas retrouvé. On croit donc qu'il s'agit d'une dégénérescence inflammatoire spontanée de l'organe. La région rétro-cœcale est drainée à l'aide de trois mèches. La paroi est fermée en un seul plan.

Les suites opératoires se sont passées sans incidents. La malade quitte l'hôpital au bout d'un délai normal ; revue ces jours derniers (mars 1936), elle ne présente plus trace de sa lésion.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les formes anormales de l'appendicite, il en est une que nous proposons d'appeler « appendicite pseudo néoplasique ». En effet la présence constante d'une tumeur et d'un ensemble de signes généraux peuvent souvent en imposer pour un cancer ... une tuberculose iléo-cœcale à forme tumorale.

II. — Cette néo-formation d'origine inflammatoire, à point de départ appendiculaire, se présente le plus couramment sous deux formes anatomo-pathologiques :

La forme ligneuse de Meriel.

La forme scléreuse ou sclero-lipomateuse.

III. — L'intérêt de l'étude de cette forme particulière d'appendicite réside dans la difficulté de son diagnostic.

a) clinique.

Sa symptomatologie est faite d'une grande diversité de signes, dont aucun n'est pathognomonique, et dont beaucoup sont trompeurs et égarent vers l'idée de tuberculose ou de cancer : tent jaune paille, amaigrissement, crises subocclusives, tumeur.

b) au cours de l'intervention.

L'abdomen ouvert, le diagnostic reste très difficile en raison des aspects trompeurs de la tumeur, et seule la découverte d'un appendice pathologique peut faire

penser à « l'appendicite pseudo néoplasique ». D'ailleurs, parfois l'examen anatomo-pathologique fera le diagnostic.

IV. — Les seules indications de quasi certitude sont données par la radiographie pratiquée suivant la méthode de SAUVÉ, et par l'examen radiographique de la muqueuse, qui permettront de faire le départ d'avec la tuberculose ou le cancer.

V. — De toute façon, après un traitement médical qui, bien souvent, faire regresser la tumeur et améliorer l'état général (cette régression et cette amélioration étant à notre avis de gros signes qui doivent nous mettre sur la voie du diagnostic), l'acte chirurgical s'impose.

VI. — C'est par l'incision latérale large de la paroi, avec ou sans dissociation musculaire, que l'on arrivera le plus aisément sur la tumeur.

Aucune règle absolue ne guidera alors le chirurgien dans son acte opératoire. Méchage, dérivation, résection en un ou deux temps seront appliqués « à la demande » des lésions.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMENGAU. — De l'appendicite sénile. — *Thèse Toulouse*, 1906.
- ALLAL. — *Thèse Alger*, 1925. Contribution à l'étude des diverticules de l'appendice.
- AUBRY. — *Thèse Paris*, 1900.
- ANTOINE et DE MARTEL. — Fausses appendicites.
- BEAUSSENAT. — Appendicite expérimentale. — *Revue Gynécologique*, I, 1897, p. 283.
- R. BERNARD et J. JOMAIN. — L'appendicite du vieillard. — *Monde Médical*, 1^{er} septembre 1934.
- BERARD et VIGNARD. — De l'appendicite, 1914.
- BOVIS (De). — De l'appendicite chez les gens âgés. — *Semaine Médicale*, 21 mai 1905, p. 241.
- BRUYÈRE. — *Thèse*. Lyon, 1931.
- CADENAT. — Observation de Lombard, d'Alger : Appendicite tumeur chez un homme âgé. — *Soc. Chir.*, 26 février 1925.
- DESJACQUES et CORAJOD. — Appendicite volumineuse renfermant un calcul stercoral de taille insolite. — *Soc. Nat. Méd. des Sciences Méd. de Lyon*, 34.
- BANZET. — Appendicite de Forme tumorale. — *Bull et Mém. Soc. de Chir.* 14 janvier 1933, 59, 8-11.
- CONSTANT, KRUEGEN et LAMBORELLE. — Périappendicite dans un sac herniaire simulant une tumeur.
- FABRE. — Appendicite à forme néoplasique. — *Thèse, Lyon*, 1906.

- GHANTUS. — Clinical study of tumor-form appendicitis in patients of advanced age. — *Beyrouth*, 1928.
- GANGITANO. — Tumeurs inflammatoires pseudo néoplasiques d'origine appendiculaire. — *Riforma Medica*, 1909.
- J. GOSSET. — *Thèse Paris*, 1926. — Le cancer du côlon droit.
- HALLOPEAU. — Appendicite chronique à forme néoplasique. — *Soc. de Chirurgie*, 7 mai 1919.
- JURA. — Appendicite chronique fibroblastique simulant une tumeur de l'appendice. — *Zentralbl. — Chirurgie*, 4 mai 1935, 62, 1067-1073.
- J. FIGARELLA. — Appendicite à forme néoplasique chez un homme âgé. — *Bulletin et Mém. Soc. Chir. de Marseille*, janvier 1934.
- JAFFE. — Paraffinome de l'appendice. — *D. Méd. Wschr*, 6 avril 1934, 60, 508-509.
- KING. — Tumeurs épithéliales de l'appendice.
- JALAGUIER. — Tumeur inflammatoire du cœcum causée par une appendicite chronique avec invagination de l'appendice. — *Soc. Nat. de Chirurgie*, Juillet 1913.
- LE DENTU et DELBET. — Appendicites à forme de tumeur. — *Nouveau Traité de Chirurgie Clinique et opératoire*.
- LEGUEU. — De l'Append. path. clinique. Traitement. — *Paris*, 1897.
- LEGUEU et BAUSSENAT. — Appendicites à forme néoplasique. — *Revue de Gyn.* 1898, page 301.
- LERICHE. — Résection iléo cœco-colique en 2 temps pour une fausse tumeur du cœcum qui n'était qu'une appendicite postérieure avec adénopathie chez un homme de 26 ans. — *Lyon chirurgical*, Janvier 1932.
- MÉLIKIAN. — App. à forme Néopl. — *Thèse Paris* 1901.
- MERIEL. — Phlegmon ligneux de l'appendice. — *Revue de Gynécologie*, Avril 1907, p. 329.

- MOSINGER et IMBERT. — Tumeurs appendiculaires. Diverticule de forme Tumoral. — *Bull. et eMm. Sté. Chirurgie*, 27 Mai 1933, 59, 798-800.
- P. MOIROUD et SAUVET. — App. subaigüe à forme tumorale. — *Soc. Chir. de Marseille*, 27 Mars 1933.
- P. MOIROUD. — Appendicite aigüe herniaire et à forme tumorale chez un homme de 68 ans. — *Société de Chirurgie de Marseille*, 24 Octobre 1932.
- NORMENT. — Tumeurs appendiculaires. — *Surg. Gynec. a Obst.* Nov. 1932, 55, 590-596.
- PLISSON. — Tumeur inflammatoire de la fosse iliaque droite développée aux dépens d'un appendice a diverticules muqueux. — *Soc. Nat. de Chir.* Octobre 1921.
- L. RICHARD. — Sur un cas d'appendicite subaigüe avec volumineuse tumeur inflammatoire latero-cœcale d'apparence et leur diagnostic. — *Soc. Chir.* 1923, p. 273.
- SAUVE. — Les fausses tumeurs de la région cœco appendiculaire et leur diagnostic. — *Soc. Chir.* 1926, p. 273.
- TIXIER et FAISANT. — *Lyon Medical*, 1905, p. 805.
- TUMEURS (Les) inflammatoires de la région iléo cœcale. — *Bruns. Beitrage Z. Kl. Chir.* 1928 tome CXLII n° 4.
- VERNEJOUL (de). — *Soc. Chirurgie de Marseille*, 15 Janvier 1934.
- COSTANTINI et MARILL. — Sur les avantages de la dissociation musculaire élargie dans la chirurgie des flancs. — *R. de Chirurgie*, 1934.
-

Vu : *Le Président de Thèse,*
COSTANTINI.

Vu : *Le Doyen,*
E. LEBLANC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 13 Juin 1936

Le Recteur,

HARDY.

